UNIVERSITE DE PARIS. — FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 1926 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Yvonne POULAIN

Née le 1er Février 1887 à La Chaussée-Saint-Victor (Loir-et-Cher)
Ancienne Externe des Hôpitaux
Moniteur à la Clinique Tarnier

ETUDE STATISTIQUE

DE LA

Présentation du Siège

PENDANT CES TROIS DERNIÈRES ANNÉES à la Clinique TARNIER

Le Président : M. le Professeur BRINDEAU

PARIS
AMEDEE LEGRAND, EDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1926

LE DOYEN ..... M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	Nicolas.
Anatomie médico-chirurgicale	Cunéo.
Physiologie	Roger.
Physique médicale	Strohl.
Chimie organique et chimie générale	Desgrez.
Bactériologie	Lemierre.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Brumpt.
Pathologie et thérapeutique générales	Labbé (Marcel).
Pathologie médicale	Sicard.
Pathologie chirurgicale	Lecène.
Anatomie pathologique	Roussy.
Histologie	Prenant.
Pharmacologie et matière médicale	Tiffeneau.
Thérapeutique	Carnot.
Hygiène	Bernard (Léon).
Médecine légale	Balthazard.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Ménétrier.
Pathologie expérimentale et comparée	Rathery.
Clinique médicale	Gilbert. Bezançon. Achard. Widal.
Hygiène et clinique de la première enfance	Marfan.
Clinique des maladies des enfants	Nobécourt.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. Claude.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	Jeanselme.
Clinique des maladies du système nerveux	Guillain.
Clinique des maladies infectieuses	Teissier.
Clinique chirurgicale	Delbet. Hartmann. Lejars. Gosset.
Clinique ophtalmologique	Terrien.
Clinique urologique	Legueu.
Clinique d'accouchements	Couvelaire. Brindeau. Jeannin.
Clinique gynécologique	J.-L. Faure.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	Ombrédanne.
Clinique thérapeutique médicale	Vaquez.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Sebileau.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Duval.
Clinique propédeutique	Sergent.
Professeur sans chaire	Rouvière.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
Abrami	Pathologie médicale
Alglave	Pathologie chirurgicale.
Aubertin	Pathologie médicale.
Basset	Pathologie chirurgicale.
Baudouin	Pathologie médicale.
Binet	Physiologie.
Blanchetière	Chimie biologique.
Branca	Histologie.
Brulé	Pathologie médicale.
Cadenat	Pathologie chirurgicale.
Champy	Histologie.
Chiray	Pathologie médicale
Clerc	Pathologie médicale.
Debré	Hygiène.
I. de Jong	Anatomie pathologique.
Duvoir	Médecine légale.
Ecalle	Obstétrique.
Fiessinger	Pathologie médicale.
Foix	Pathologie médicale.
Garnier	Pathologie expérimentale.
Harvier	Pathologie médicale.
Heitz-Boyer	Urologie.

MM.	
Hovelacque	Anatomie.
Joyeux	Parasitologie.
Labbé (Henri)	Chimie biologique.
Lardennois	Pathologie chirurgicale.
Le Lorier	Obstétrique.
Lemaître	Oto-rhino-laryngologie.
Lévy-Solal	Obstétrique.
Lhermitte	Pathologie mentale.
Lian	Pathologie médicale.
Mathieu	Pathologie chirurgicale.
Metzger	Obstétrique.
Mocquot	Pathologie chirurgicale.
Mondor	Pathologie chirurgicale.
Moure	Pathologie chirurgicale.
Mulon	Histologie.
Philibert	Bactériologie.
Ribierre	Pathologie médicale.
Richet Fils	Physiologie.
Tanon	Pathologie médicale.
Vaudescal	Obstétrique.
Verne	Histologie.
Villaret	Pathologie médicale.
Velter	Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
Gougerot	Pathologie médicale.
Guéniot	Obstétrique.
M. Retterer	Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
Auvray	Clinique chirurgicale.	**Léri**	Clinique médicale.
Chevassu	Clinique chirurgicale.	**Lœper**	Clinique médicale.
Laignel-Lavastine	Clinique médicale.	**Proust**	Clinique chirurgicale.
Lereboullet	Clin. médicale infantile	**Schwartz**	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. Mauclaire, agrégé	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail les mutilés de guerre et les infirmes adultes
Frey	Stomatologie.
Chailley-Bert	Education physique.
Ledoux-Lebard	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Président de thèse

Monsieur le Professeur BRINDEAU

Professeur de Clinique d'Accouchement
a la Faculté de Médecine de Paris

INTRODUCTION

Nous nous proposons de faire ressortir les conclusions résultant de l'étude d'environ trois cents observations de présentation du siège recueillies dans le même service, chez des femmes ayant été traitées suivant la même méthode.

Toutes les observations qui nous ont servi appartiennent à la clinique Tarnier. Nous avons relevé tous les cas de présentation du siège observées du 23 octobre 1922 au 31 décembre 1925.

Nous basons notre statistique sur 303 observations de femmes à terme ou près du terme, dont 199 ont été prises chez des primipares et 109 chez des multipares. Nous avons relevé 123 fois des sièges complets, 179 fois des sièges décomplétés mode des fesses et une fois un siège décomplété mode des genoux.

CAUSES

La présentation de siège se produit quand il y a eu défaut d'accommodation.

1° *Causes venant de la mère.* — Développement inégal des deux segments de l'utérus, forme particulière de l'utérus qui fait que certaines femmes accouchent toujours par le siège.

Circonstances empêchant la tête de se placer en bas telles que fibromes du segment inférieur, kystes de l'ovaire, viciations pelviennes.

Laxité utérine et abdominale chez les multipares.

2° *Causes venant du fœtus.* — Le volume exagéré de la tête fœtale qu'on observe dans l'hydrocéphalie oblige le fœtus à placer ce pôle dans la partie spacieuse de l'utérus, c'est-à-dire vers le fond.

Causes venant de l'œuf. — L'insertion du placenta sur le segment inférieur. Pour certains auteurs la placenta est inséré bas dans la moitié des cas de présentation de siège. L'hydramniose prédispose également à la présentation de siège.

Nous avons relevé à la Clinique Tarnier cinq sièges pour cent accouchements.

Rupture prématurée des membranes

On a signalé parmi les causes de la rupture prématurée des membranes les présentations vicieuses et on considère que le siège comme l'épaule sont à l'origine de cette rupture.

D'après les chiffres que nous avons nous-mêmes recueillis il nous semble que ces ruptures prématurées sont particulièrement fréquentes en cas de présentation de siège.

Nous avons relevé 162 ruptures prématurées, chiffre assez élevé, comme nous le voyons.

1° *Chez les primipares*, nous l'avons observée 116 fois sur 199 cas.

Dans 68 cas de siège, nous l'avons notée 38 fois, soit dans 55 o/o des cas.

Dans 130 cas de siège décomplété, nous l'avons notée 78 fois, soit dans 60 o/o des cas.

2° *Chez les multipares*, nous l'avons observée 46 fois dans 103 cas.

Dans 54 sièges complets, nous l'avons notée 24 fois, soit dans 44 o/o des cas.

Dans 49 sièges décomplétés, nous l'avons notée 22 fois, soit dans 45 o/o des cas.

La rupture prématurée des membranes est donc plus fréquente chez les primipares que chez les multipares et chez les primipares plus fréquente dans la

présentation du siège décomplétée mode des fesses que dans celle du siège complet.

Durée totale du travail

I. — A. *Chez les primipares à bassin normal* la durée de travail a oscillé entre 4 h. 15 et 53 h. 45.

Pour le *siège complet* nous trouvons :

Le fœtus pesant moins de 2.000 grammes, une moyenne de 10 h. 25.

Le fœtus pesant de 2.000 à 3.000 grammes, une moyenne de 12 h. 22.

Le fœtus pesant plus de 3.000 grammes, une moyenne de 17 h. 43.

Soit 13 h. 30 de durée moyenne.

Pour le *siège décomplété* nous trouvons :

Le fœtus pesant moins de 2.000 grammes, une moyenne de 8 h. 55.

Le fœtus pesant de 2.000 à 3.000 grammes, une moyenne de 11 h. 53.

Le fœtus pesant plus de 3.000 grammes, une moyenne de 16 h. 33.

Soit 12 h. 33 de durée moyenne et 13 h. 01 de moyenne totale.

B. *Chez les primipares à bassin rétréci* la durée du travail a oscillé entre 9 h. 15 et 55 heures.

Pour le *siège complet* nous trouvons :

Le fœtus pesant de 2.000 à 3.000 grammes, une moyenne de 18 h. 10.

Le fœtus pesant plus de 3.000 grammes, une moyenne de 18 h. 10.

Soit 12 h. 01 de durée moyenne.

Pour le *siège décomplété* nous trouvons :

Le fœtus pesant de 2.000 à 3.000 grammes, une moyenne de 17 h. 10.

Le fœtus pesant plus de 3.000 grammes, une moyenne de 29 h. 25.

Soit 23 h. 17 de durée moyenne et 17 h. 36 de moyenne totale.

Chez les primipares à bassin normal et chez les primipares à bassin rétréci la moyenne globale de la durée de travail est donc de 16 h. 06.

II. — A. *Chez les multipares à bassin normal,* la durée de travail a oscillé entre 1 h. 30 et 66 h. 15.

Pour le *siège complet* nous trouvons :

Le fœtus pesant de 2.000 à 3.000 grammes, une moyenne de 8 h. 44.

Le fœtus pesant plus de 3.000 grammes, une moyenne de 10 h. 29.

Soit 9 h. 36, de durée moyenne.

Pour le *siège décomplété* nous trouvons :

Le fœtus pesant de 2.000 à 3.000 grammes, une moyenne de 11 h. 40.

Le fœtus pesant plus de 3.000 grammes, une moyenne de 13 h. 53.

Soit 12 h. 46 de durée moyenne et 11 h. 22 de moyenne totale.

B. *Chez les multipares à bassin rétréci,* la durée de travail a oscillé entre 5 h. 45 et 20 heures.

Pour le *siège complet* nous trouvons :

Le fœtus pesant de 2.000 à 3.000 grammes, une moyenne de 6 h. 15.

Le fœtus pesant plus de 3.000 grammes, une moyenne de 13 h. 30.

Pour le *siège décomplété* nous trouvons :

Le fœtus pesant plus de 3.000 grammes, une moyenne de 12 h. 05.

Soit une moyenne totale de 10 h. 57.

Chez les multipares à bassin normal et chez les multipares à bassin rétréci, la moyenne globale de la durée de travail est de 11 h. 09.

Notre statistique nous donnant une moyenne de 13 h. 01 pour les primipares à bassin normal; la durée moyenne de la totalité de travail est donc sen-

siblement la même pour les primipares, si nous nous en tenons aux moyennes établies par Varnier, qu'il s'agisse d'un siège ou d'un sommet, le chiffre donné par Varnier (Obstétrique journalière) comme durée moyenne de travail dans l'accouchement par le siège étant de 13 h. 30 chez les primipares.

Si nous faisons une moyene globale de la durée du travail chez les primipares à bassin normal et chez les primipares à bassin rétréci nous trouvons, comme nous l'avons déjà vu, une durée beaucoup plus élevée, elle est de 16 h. 06 minutes en moyenne.

Chez les multipares la durée totale du travail est sensiblement plus élevée lorsqu'elles accouchent en siège, que lorsqu'elles accouchent en sommet : 7 h. 30 d'après Varnier. En effet, notre statistique nous donne pour les multipares à bassin normal, une durée moyenne du travail s'élevant à 11 h. 22.

Durée de la période d'expulsion

A. *Chez les primipares* la durée de la période d'expulsion a oscillé entre 10 minutes et 7 h. 30.

Pour le *siège complet* nous trouvons :

Le fœtus pesant entre 2.000 et 3.000 grammes, une moyenne de 39 minutes.

Le fœtus pesant plus de 3.000 grammes, une moyenne de 1 h. 16 minutes.

Pour le *siège décomplété*, nous trouvons:

Le fœtus pesant entre 2.000 et 3.000 grammes, une moyenne de 49 minutes.

Le fœtus pesant plus de 3.000 grammes, une moyenne de 1 h. 24.

Soit une moyenne de 1 h. 02.

B. *Chez les multipares*, la durée de la période d'expulsion a oscillé entre 5 minutes et 3 heures.

Pour le *siège complet*, nous trouvons:

Le fœtus pesant de 2.000 à 3.000 grammes, une moyenne de 36 minutes.

Le fœtus pesant plus de 3.000 grammes, une moyenne de 39 minutes.

Pour le *siège décomplété* nous trouvons :

Le fœtus pesant de 2.000 à 3.000 grammes une moyenne de 22 minutes.

Le fœtus pesant plus de 3.000 grammes, une moyenne de 36 minutes.

Soit une moyenne de 33 minutes.

D'après nos chiffres la durée de la période d'expulsion est plus courte chez la primipare, lorsqu'elle accouche par le siège, ici, 1 h. 02 que lorsqu'elle accouche par le sommet (1 h. 30 d'après Varnier).

Chez les multipares notre statistique nous donne environ la même durée pour la période d'expulsion dans la présentation de siège : 33 minutes, que dans la présentation de sommet (35 minutes, d'après Varnier).

Dystocie du siège

Nous n'avons pas, pendant ces trois dernières années, noté d'accident tenant au siège arrêté dans l'excavation.

Par contre, il y a été pratiqué 12 fois l'abaissement prophylactique du pied; cinq de ces cas furent suivis de mort du fœtus.

Dystocie des épaules

A côté de deux observations de procidence de la main nous n'avons eu à noter qu'une véritable dystocie des épaules: relèvement des bras au cours d'une extraction.

Dystocie de la tête dernière

Il a été pratiqué à Tarnier pour la tête dernière, soit la manœuvre de Champetier de Ribes, soit la

manœuvre de Mauriceau, soit une application de forceps sur la tête dernière.

Manœuvre de Champetier de Ribes

La manœuvre de Champetier de Ribes se propose d'engager la tête dernière retenue au-dessus du détroit supérieur dans les cas de rétrécissements du bassin.

Pour l'exécuter, on introduit deux doigts dans la bouche du fœtus et on fléchit la tête au maximum en même temps qu'on refoule l'occiput. L'autre main étant mise en fourche sur les épaules du fœtus, on va faire doubler le promontoire au pariétal postérieur, pour cela on relève le tronc du fœtus en avant et en haut. Ensuite on appuie sur le cou du fœtus d'avant en arrière, en même temps que l'on tire vers le bas, le pariétal antérieur descend donc à son tour.

Il faut être assisté d'un aide qui fait de l'expression abdominale.

A. *Chez les primipares* nous avons relevé 7 fois l'exécution de la manœuvre de Champetier, dont 5 furent suivies de la mort du fœtus.

Dans le *siège complet*, nous trouvons :

Fœtus pesant plus de 3.000 grammes : une manœuvre de Champetier : 1 mort.

Fœtus de poids non spécifié : une manœuvre de Champetier : 1 mort.

Dans le *siège décomplété* nous trouvons :

Fœtus pesant plus de 3.000 grammes : 5 manœuvres de Champetier, 2 vivants, 3 morts.

B. *Chez les multipares* nous avons relevé 6 fois l'exécution de la manœuvre de Champetier dont 2 furent suivies de mort du fœtus.

Dans le *siège complet*, nous trouvons :

Fœtus de 2.000 à 3.000 grammes : 5 manœuvres de Champetier : 3 vivants, 2 morts.

Fœtus pesant plus de 3.000 grammes : une manœuvre de Champetier, 1 vivant.

Manœuvre de Mauriceau

Ce procédé classique d'extraction de la tête dernière a été tenté dans tous les cas.

Nous ne rappellerons que les principes de cette manœuvre, c'est-à-dire les quatre mouvements dans lesquels elle peut se décomposer : un premier mouvement de flexion obtenue par une traction exercée sur le maxillaire à l'aide de deux doigts placés dans

la bouche du fœtus, un second mouvement de rotation qui a pour but de ramener la bouche en arrière afin de placer la tête dans le sens de la fente coccy-pubienne, un troisième mouvement de descente obtenu en tirant vers le bas jusqu'à ce que l'écaille occipitale soit sous l'angle pubien, enfin un quatrième mouvement de dégagement par lequel on attire la bouche d'arrière en avant afin de l'amener à la commissure postérieure de la vulve.

Forceps sur la tête dernière

La manœuvre de Mauriceau n'a pu être réalisée dans tous les cas, aussi a-t-on eu plusieurs fois recours au forceps pour l'extraction de la tête dernière.

L'extraction artificielle de la tête dernière par le procédé classique, la manœuvre de Mauriceau, a été tentée dans tous les cas, mais elle a été parfois impossible à réaliser. On eut alors recours au forceps pour l'extraction de la tête dernière aussi doit-on toujours avoir un forceps à portée de la main, lrsqu'on va procéder à une extraction de siège.

I. — A. *Chez les primipares à bassin normal,* nous avons relevé quatre applications de forceps sur la tête dernière, dont trois avec succès.

Dans le *siège complet :*

Fœtus pesant de 2.000 à 3.000 grammes, une application : 1 vivant.

Fœtus de plus de 3.000 grammes, deux applications : 2 vivants.

Dans le *siège décomplété :*

Fœtus pesant de 2.000 à 3.000 grammes, une application : 1 mort.

B. *Chez les primipares* à bassin rétréci nous avons relevé deux applications de forceps sur la tête dernière dont une avec succès.

Dans le *siège complet :*

Fœtus pesant plus de 3.000 grammes, une application : 1 vivant.

Dans le *siège décomplété :*

Fœtus pesant plus de 3.000 grammes, une application : 1 mort.

A. *Chez les multipares à bassin normal* nous avons relevé une application de forceps sur la tête dernière avec succès.

Dans le *siège complet.*

Fœtus pesant de 2.000 à 3.000 grammes, 1 application : 1 vivant.

B. *Chez les multipares à bassin rétréci* nous avons relevé une application de forceps sur la tête dernière avec succès.

Dans le siège complet.

Fœtus pesant de 2.000 à 3.000 grammes, 1 application : 1 vivant.

En résumé, sur huit applications de forceps sur la tête dernière, nous avons noté deux cas suivis de mort.

Dans un cas où la manœuvre de Mauriceau fut impossible et où le forceps ne fut pas employé le menton resta accroché derrière la Symphyse.

Observation 1840. 11 Octobre 1923.

Primipare de 19 ans, à terme. Siège complet.

Début du travail : 11 octobre, 11 h.

Dilatation complète et rupture spontanée des membranes 17 heures.

17 h. 45, extraction simple.

Mauriceau impossible malgré une Episiotomie.

La tête reste accrochée derrière la symphyse.

Mort-né 3.460 gr. Durée 6 h. 45.

Rétropulsion coccygienne

Il n' a pas été tenté à la clinique Tarnier pour faciliter la manœuvre de Mauriceau, un procédé em-

ployé par M. C. Trillat de Lyon, procédé qui lui aurait donné de très bons résultats dans l'extraction de la tête dernière.

La manœuvre de M. Trillat consiste à refouler la pointe du coccyx entre le troisième et le quatrième temps de la manœuvre de Mauriceau, c'est-à-dire entre le temps de descente et le temps de dégagement de la tête. Cette manœuvre diminuerait beaucoup les difficultés de la manœuvre de Mauriceau. Elle n'aurait jamais donné de coccygodynie d'après les rapports de son auteur.

Perforation de la tête dernière

Nous avons relevé deux observations de cranioclasie sur la tête dernière :

Obs. 349. — 19 février 1923. Primipare de 31 ans à terme, Siège décomplété. Début du travail 18 février à 17 h. Peu de temps après, rupture des membranes. Dilatation complète le 19 février à 16 heures 30. Abaissement pénible d'un pied le 19 février à 17 h. 30. Après cet abaissement, disparition des bruits du cœur. Perforation du crâne avec perforateur de Blot. Cranioclasie. Enfant pesant, sans matière cérébrale, 3.380 gr.

Obs. 375. — 25 février 1925. Primipare de 25 ans à 8 mois et demi de gestation. Siège complet.

Début du travail : 23 février, 21 h. 30.

24 février, 15 heures, membranes rompues.

Dilatation entre 2 francs et 5 francs. Anse de cordon qu'on ne peut réduire. A 18 heures, disparition des bruits du cœur.

A 20 heures. Abaissement d'un pied.

25 février à 10 h. 30. Grande paume de main.

Cranioclasie sur tête dernière. Enfant pesant sans matière cérébrale 2.870 gr.

Grande extraction de siège

Il a été procédé durant ces trois dernières années à 57 grandes extractions de siège dont 17 furent suivies de mort du fœtus.

Elles n'ont été pratiquées que dans les cas d'arrêt de la progression du fœtus durant la période d'expulsion, dans des cas de souffrance fœtale, de lésions cardiaques ou tuberculeuses chez la mère. Dans ceux de procidence du cordon, de placenta praevia de bassin rétréci.

I° a) *Chez les primipares à bassin normal* nous avons relevé 31 grandes extractions de siège dont 7 suivies de mort du fœtus.

Dans le *siège complet*, nous trouvons :

Fœtus pesant de 2.000 à 3.000 gr. : 6 grandes extractions dont 3 pour procidence du cordon. 1 mort dans un cas de procidence.

Fœtus pesant plus de 3.000 gr. : 8 grandes extractions dont 2 pour procidence du cordon. 1 mort sans procidence.

Dans le *siège décomplété* nous trouvons :

Fœtus pesant de 2.000 à 3.000 gr. : 4 grandes extractions dont 1 pour procidence du cordon. 2 morts dont 1 procidence.

Fœtus pesant plus de 3.000 gr. : 13 grandes extractions dont 1 pour procidence du cordon et de la main.

3 morts, dont 1 avec fracture du fémur et 1 dans le cas de procidence du cordon et de la main.

soit 22,58 o/o de mortalité fœtale.

a) *Chez les primipares à bassin rétréci* nous avons relevé 12 grandes extractions du siège dont 7 suivies de mort du fœtus.

Dans le *siège complet* nous trouvons :

Fœtus pesant plus de 3.000 gr. : 4 grandes extractions dont 1 fut suivie d'application de forceps 2 morts dont 1 cas avec manœuvre de Champetier.

Fœtus de poids inconnu : 2 grandes extractions 2 morts dont 1 cas avec manœuvre de Champetier.

Dans le *siège décomplété*, nous trouvons :

Fœtus pesant entre 2.000 et 3.000 gr. : 1 grande extraction suivie de mort du fœtus.

Fœtus pesant plus de 3.000 gr. : 5 grandes extractions, 3 morts : 1 suivie d'une application de forceps, 2 avec manœuvre de Champetier.

Soit 58,33 o/o de mortalité fœtale.

II° a) *Chez les multipares à bassin normal*, nous avons relevé 8 grandes extractions de siège dont 2 furent suivies de mort du fœtus.

Dans le *siège complet*, nous trouvons :

Fœtus pesant de 2.000 à 3.000 gr. : 3 grandes extractions dont 1 pour procidence du cordon et 1 pour placenta praevia. 1 mort : mère syphilitique.

Fœtus de poids inconnu : 1 grande extraction pour placenta praevia.

Dans le *siège décomplété* nous trouvons :

Fœtus pesant de 2.000 à 3.000 gr. : 3 grandes extractions.

Fœtus pesant plus de 3.000 gr. : *siège décomplété mode des genoux* : grande extraction pour procidence du cordon et de la main : mort.

soit 25 o/o de mortalité fœtale.

b) *Chez les multipares à bassin rétréci* nous

avons relevé 6 grandes extractions de siège dont 1 fut suivie de mort du fœtus.

Dans le *siège complet*, nous trouvons :

Fœtus pesant de 2.000 à 3.000 gr. : 2 grandes extractions, 1 pour procidence du cordon, 1 suivie d'application de forceps.

Fœtus pesant plus de 3.000 gr. : 3 grandes extractions : 1 mort avec fracture de l'humérus.

Dans le *siège décomplété* nous trouvons :

Fœtus pesant plus de 3.000 gr. : 1 grande extraction.

Soit 16,6 o/o.

Procédés d'agrandissement du Bassin

Nous n'avons pas dans notre statistique relevé de cas rentrant dans ce chapitre, car pendant ces trois dernières années on n'eut pas recours à Tarnier à la Symphyséotomie et à la Pubiotomie en cas de présentation du siège.

Nous rappelons cependant que certains accoucheurs sont très partisans de ces procédés qui semblent connaître une nouvelle vogue depuis le dernier Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique.

Or, ces procédés d'agrandissement du bassin sont applicables aux cas de présentation du siège

pour permettre le passage de la tête dernière et nous avons vu une fois, en mars 1926, cette intervention pratiquée avec succès par M. le Professeur Brindeau à la Clinique Tarnier. Il s'agissait d'une primipare à bassin rétréci dont l'enfant pesait 3.050 grammes, et qu'il eût été impossible d'extraire sans la symphyséotomie qui fut faite au moyen du procédé de Zaratte.

C'est ce procédé qui nous paraît le meilleur si on a soin d'écarter l'urèthre de la ligne médiane avant la ponction de la symphyse.

Cette symphyséotomie partielle nous paraît supérieure à la Pubiotomie, même si on a eu soin, comme le font certains accoucheurs de placer avant l'extraction une scie de Gigli en arrière de la branche ischio-pubienne.

Procidence du cordon

a) *Chez les primipares* nous avons relevé 7 cas de procidence du cordon dont trois furent suivis de mort du fœtus.

Dans le *siège complet*, nous trouvons :

Fœtus pesant de 2.000 à 3.000 gr. : 3 procidences, dont 1 mort.

Fœtus pesant plus de 3.000 gr. : 2 procidences.

Dans le *siège décomplété*, nous trouvons :

Fœtus pesant de 2.000 à 3.000 gr. : 1 procidence, 1 mort.

Fœtus pesant plus de 3.000 gr. : 1 procidence, 1 mort.

B. *Chez les multipares* nous avons relevé 5 cas de procidence du cordon dont deux furent suivis de mort du fœtus.

Dans le *siège complet*, nous trouvons :

Fœtus pesant moins de 2.000 gr. : 1 procidence : 1 mort.

Fœtus pesant de 2.000 à 3.000 gr. : 3 procidences.

Dans le *siège décomplété mode des genoux*, nous trouvons :

Fœtus pesant plus de 4.000 gr. : 1 procidence : 1 mort.

Procidence du cordon de la main

Nous avons noté deux cas de procidence du cordon et de la main.

1° Chez une Primipare : Fœtus pesant plus de 3.000 gr. Mort.

2° Chez une Multipare. Fœtus pesant plus de 3.000 gr. Mort.

Il résulte de ce tableau que nous avons rencontré la procidence du cordon plus souvent chez les Multipares que chez les Primipares. Elle est plus fréquente dans le siège complet que dans le siège décomplété.

De plus nous voyons par ces chiffres que c'est une des complications qui a donné le plus de mortalité fœtale, aussi la procidence du cordon nous paraît-elle dans la présentation de siège plus redoutable que ne le disent certains auteurs.

Déchirures du Périnée

Le périnée créant un obstacle important à l'extraction de la tête dernière, pour faciliter la manœuvre de Mauriceau et limiter les déchirures du périnée, on a procédé dans 26 cas à des épisiotomies.

Chez les primipares, 23 épisiotomies ont été pratiquées.

Chez les multipares, 3 épisiotomies ont été pratiquées.

Toutes ces épisiotomies faites pour des enfants pesant de 2.800 à 3.950 gr. furent couronnées de succès sauf dans 7 cas. Dans 5 de ces cas il fut procédé à de grandes extractions, dont l'une pour procidence du cordon et une pour bassin rétréci.

Dans un autre cas la tête resta accrochée derrière la symphyse et enfin dans le 7e cas la mort survint chez l'enfant le 5e jour.

Dans toute notre statistique, nous avons relevé:

3 déchirures complètes du périnée.

1 déchirure nécessitant 5 crins.

2 — — 4 crins.

11 — — 3 crins.

22 — — 2 crins.

Traumatismes déterminés chez le fœtus par l'extraction

a) *Chez des primipares à bassin normal.*

Dans le *siège complet.*

Fœtus pesant plus de 3.000 gr. : une fracture de la clavicule gauche.

Dans le *siège décomplété.*

Fœtus pesant plus de 3.000 gr. : une fracture du fémur. — Une paralysie radiculaire droite incomplète.

b) *Chez une multipare à bassin rétréci :*

Dans le *siège complet.*

Fœtus pesant plus de 3.000 gr. : une fracture de l'humérus et une hémorragie méningée décelée à l'autopsie.

Mortalité fœtale

I° a) *Chez les primipares à bassin normal* nous avons relevé 15 cas de mort du fœtus sur 182 cas de bassin normal.

Dans le *siège complet*, nous trouvons :

Le fœtus pesant de 2.000 à 3.000 gr. : 2 morts.
Le fœtus pesant plus de 3.000 gr. : 2 morts.

Dans le *siège décomplété*, nous trouvons :

Le fœtus pesant de 2.000 à 3.000 gr. : 5 morts.
Le fœtus pesant plus de 3.000 gr. : 6 morts.

b) *Chez les primipares à bassin rétréci*, nous avons relevé 10 cas de mort du fœtus, sur 17 cas de bassin rétréci.

Dans le *siège complet*, nous trouvons :

Le fœtus pesant plus de 3.000 gr. : 2 morts.
Le fœtus étant de poids inconnu : 2 morts.

Dans le *siège décomplété*, nous trouvons :

Le fœtus pesant de 2.000 à 3.000 gr. : 2 morts.
Le fœtus pesant plus de 3.000 gr. : 4 morts.

Soit 25 morts dans 199 cas de présentation du siège, ce qui fait une moyenne de 12,5 o/o.

II° a) *Chez les multipares à bassin normal,* nous avons relevé 7 cas de mort du fœtus, dans 96 cas de bassin normal :

Dans le *siège complet,* nous trouvons :
Le fœtus pesant de 2.000 à 3.000 gr. : 3 morts.
Le fœtus pesant plus de 3.000 gr. : 1 mort.

Dans le *siège décomplété,* nous trouvons :
Le fœtus pesant de 2.000 à 3.000 gr. : 1 mort.
Le fœtus pesant plus de 3.000 gr. : 2 morts.

b) *Chez les multipares à bassin rétréci,* nous avons relevé 3 cas de mort du fœtus dans 8 cas de bassin rétréci.

Dans le *siège complet,* nous trouvons :

Le fœtus pesant plus de 3.000 gr. : 3 morts.

Soit 10 morts dans 104 cas de présentation du siège, ce qui fait une moyenne de 9,6 o/o.

La mortalité fœtale moyenne tant pour les primipares que pour les multipares est donc de 11 o/o environ dans la présentation du siège, chiffre fort élevé comparativement à celui que nous trouvons dans la présentation de sommet. En effet, nous avons noté 13 morts sur 827 cas de présentation du sommet à la Clinique Tarnier, soit une moyenne de 1,45 o/o de mortalité fœtale.

En résumé, sur 199 accouchements par le siège survenus chez les primipares nous trouvons 25 morts soit une moyenne de 12,5 o/o.

Nous pouvons épurer cette statistique en supprimant 4 cas de mortalité fœtale survenue dans les circonstances suivantes :

1) Femme ayant subi en ville des interventions: Essai d'abaissement du pied, application de forceps sur le siège. Grande extraction sur un utérus rétracté.

2) Femme ayant eu les membranes rompues en ville plus de trois jours avant l'accouchement.

3) Bruits du cœur ayant disparu 2 heures avant l'extraction du fœtus.

4) Enfant décédé le 7e jour.

Nous avons alors comme chiffre de mortalité fœtale chez les primipares 21, soit une moyenne de 10,55 o/o.

Sur 104 accouchements par le siège survenus chez les multipares nous trouvons 106 morts, soit une moyenne de 9,6 o/o.

Nous pouvons également épurer cette statistique en supprimant 4 cas de mortalité fœtale survenus dans les circonstances suivantes :

1) Fœtus achondroplasique.

2) Mère syphilitique, disparition des bruits du cœur une demi-heure avant l'accouchement.

3) Pas de bruits de cœur 4 heures avant l'expulsion.

4) Fœtus présentant un gros foie avec ascite

Nous obtenons alors 6 comme chiffre de mortalité fœtale chez les multipares, soit une moyenne de 5,75 o/o.

Nous donnons ci-dessous une partie du tableau de nos observations de présentation de siège ayant entraîné la mort du fœtus. On peut ainsi constater combien la grande extraction a été dangereuse pour l'enfant.

I° Cas de mortalité fœtale chez les primipares

1922

Obs. 1843. — Grande extraction. Bassin plat rachitique. Champetier de Ribes. Enfant pesant 3.530 gr.

1923

Obs. 177. — Grande extraction. Procidence du cordon. Enfant pesant 2.100 gr.

Obs. 349. — Grande extraction pour lenteur de la période d'expulsion. Abaissement pénible du pied. Cranioclasie. Enfant pesant 3.380 gr. sans matière cérébrale.

Obs. 437. — Grande extraction pour procidence du cordon et d'une main. Enfant pesant 3.400 gr.

Obs. 940. — Grande extraction. Plusieurs interventions en ville. Utérus rétracté. Poids ?

Obs. 1064. — Grande extraction. Bassin aplati. Forceps sur tête dernière. Enfant pesant 3.500 gr.

Obs. 1211. — Extraction de Siège. Cordon très serré autour de la jambe gauche. Enfant pesant 2420 gr.

Obs. 1492. — Grande extraction. Bassin aplati.

Obs. 1683. — Grande extraction. Membranes rompues en ville 3 jours avant l'accouchement. Enfant pesant 4.360 gr.

Obs. 1840. — Extraction de siège. Tête restée accrochée derrière la symphyse. Enfant pesant 3.460 gr.

1924

Obs. 202. — Grande extraction. Bassin généralement rétréci. Enfant pesant 3.300 gr.

Obs. 364. — Extraction de siège. Forceps sur tête dernière. Hydrocéphalie. Fœtus pesant 2.300 grammes.

Obs. 1116. — Grande extraction. Oligomnios.

Fracture du fémur. Hémorragie méningée. Ponction lombaire. Enfant pesant 3420 gr.

Obs. 1783. — Grande extraction. Champetier. Enfant pesant, 3.600 gr.

Obs. 1935. — Grande extraction. Bassin généralement rétréci. Hydramnios. Déchirure complète du périnée. Enfant pesant 2.960 gr.

Obs. 2043. — Grande extraction. Bassin rétréci. Enfant pesant 2.840 gr.

Obs. 2172. — Grande extraction. Parties molles résistantes chez primipare de 24 ans. Anesthésie rachidienne, enfant pesant 3.200 gr.

1925

Obs. 375. — Grande extraction pour procidence du cordon. Pas de bruits de cœur 2 heures avant l'extraction. Craniocla sie sur tête dernière. Enfant pesant 2.870 gr.

Obs. 778. — Extraction de siège. Enfant de 2.900 gr., décédé le 7e jour. Né étonné.

Obs. 1168. — Grande extraction. Bassin rétréci. Champetier. Mort le 3e jour. Enfant pesant 3.170 gr.

Obs. 1635. — Grande extraction, enfant ranimé dif-

ficilement, mort quelques heures après. Enfant pesant 3.390 gr.

Obs. 1660. — Extraction de siège. Enfant né étonné, mort le 5e jour. Enfant pesant 3.680 gr.

II° — Cas de Mortalité fœtale chez les Multipares

1923

Obs. 304. — Grande extraction. Bassin rétréci Champetier. Fracture de l'humérus. Ranimé, mort quelques heures après. Enfant pesant 3.550 gr.

Obs. 381. — Extraction de siège. Fœtus achondroplasique. N'a pu être ranimé. Enfant pesant 3.140 gr.

Obs. 1561. — Placenta previa. Abaissement du pied.

1924

Obs. 2528. — Grande extraction. Mère traitée pour syphilis. Pas de bruits de cœur une demi-heure avant l'expulsion. Enfant pesant 2.900 gr.

1925

Obs. 1051. — Bassin rétréci Pas de bruits de cœur 4 h. avant l'expulsion. Enfant pesant 2.420 gr.

Obs. 2228. — Extraction de siège. Enfant difficilement ranimé. Mort quelques heures après Gros foie et ascite. Enfant pesant 2.350 gr.

CONCLUSIONS

De cette étude statistique : relevé des cas de trois années à la Clinique Tarnier, nous voyons le pourcentage de mortalité fœtale plus élevé pour la présentation du Siège que pour celle du Sommet. 11,45 o/o dans le Sommet; 8,15 o/o dans le Siège; 10,55 o/o chez les Primipares et 5,75 o/o chez les Multipares.

Aussi dans le but de diminuer les risques de mort de l'enfant pendant le travail, tenterons-nous systématiquement la version par manœuvres externes dont le temps d'élection est la fin du huitième mois. Cette manœuvre surtout avantageuse chez la primipare n'est malheureusement pas toujours possible, souvent inefficace et fait courir au fœtus d'incontestables risques. Nous n'insisterons pas si les difficultés nous paraissent trop grandes.

Pendant le travail nous surveillerons de très près la femme, intervenant le moins possible, et nous appréhenderons avant tout la grande extraction toujours traumatisante pour l'enfant, c'est celle qui de beaucoup, donne les plus grands chiffres de mor-

talité, la procidence de cordon venant immédiatement après.

Sans l'indiquer systématiquement dans tous les cas, l'épisiotomie, surtout pour enfant gros, nous paraît chez les primipares une excellente pratique qui diminue considérablement la mortalité fœtale, en raison du rôle important joué par les parties molles.

L'application de forceps dans l'excavation huit fois pratiquée a permis d'obtenir six enfants vivants sur huit.

Sur treize manœuvres de Champetier de Ribes, nous relevons sept cas de mort. Lorsque la tête est retenue dernière au détroit supérieur, il nous paraît préférable de recourir à la Pelvitomie. La symphyséotomie sous-cutanée suivant le procédé de Zaratte nous semble en cas de bassin limite et surtout chez les multipares, être le meilleur procédé d'agrandissement du bassin.

Si le bassin est généralement rétréci, seule la césarienne permet d'avoir un enfant vivant. La voie supra-symphysaire nous paraît la meilleure en raison des avantages qu'elle semble présenter actuellement sur la corporéale.

Vu : *Le Doyen*,
H. Roger.

Vu : *Le Président*,
Brindeau.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. Lapie.